

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

118

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nathan KALB

Né le 29 janvier 1911, à Cernauti (Roumanie)

La

**Dermatite chronique atrophiante
en France**

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nathan KALB

Né le 29 janvier 1911, à Cernauti (Roumanie)

La

Dermatite chronique atrophiante
en France

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

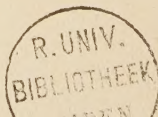
1936

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

*En remerciement de l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant de présider.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL CHEVALLIER

Qui m'a inspiré l'idée de cette thèse.

*En témoignage de ma reconnaissance et
de mon respect.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La Dermatite chronique atrophiante en France

Définition.

La maladie encore appelée acrodermatite ou érythromélie se caractérise par un amincissement de la peau qui se développe le plus souvent sans symptômes subjectifs. Par confluence des taches, des grandes parties de la surface cutanée sont prises.

La peau amincie est rouge bleuté, se plisse, perd son élasticité et laisse transparaître le réseau veineux.

Ordinairement l'état atrophique de la peau est définitif.

Historique.

La dermatite chronique atrophiante est surtout fréquente en Europe centrale, Allemagne, Pologne, Autriche, Tchécoslovaquie. C'est à Prague qu'elle a été observée pour la première fois par Pick qui l'a appelée érythromélie.

C'est à Francfort qu'elle a été étudiée par Herxheimer sous le nom d'acrodermatitis chronica atrophicans.

Des cas en ont été publiés à l'étranger par Pick, Herxheimer, Oppenheim qui donne une étude détaillée de cette maladie dans le traité de Jadassohn.

En 1908 Civatte a fait connaître cette maladie en France ; de 1916 à 1928 quatre cas seulement ont été publiés à la Société française de Dermatologie ; depuis 1928 la maladie apparaît un peu moins rare.

Tableau clinique et évolution.

La maladie débute le plus souvent par la formation des taches dont le siège au niveau des membres inférieurs est le plus fréquent. Ces macules peuvent varier du rouge vif au bleu foncé, à contours bien limités. Elle s'effacent à la pression et on remarque à leur niveau une desquamation furfuracée. Ces macules s'agrandissent, se fusionnent tandis que sur d'autres zones de la peau apparaissent de nouvelles taches. Ces troubles se développent sans signes subjectifs, cependant dans certains cas on observe parfois des douleurs précédant l'apparition des troubles cutanés; dans d'autres cas, on observe une exagération de la sensibilité de la région.

Lorsque les lésions sont au complet, on observe que la peau est rouge bleuâtre, parfois rouge brunâtre, par suite de la pigmentation surajoutée. La rougeur est plus prononcée au niveau des membres inférieurs que sur le reste du corps; si le malade est debout avec les bras pendants, ceux-ci et les membres inférieurs deviennent cyanotiques. La peau apparaît très amincie et si transparente que les veines sous-jacentes apparaissent clairement. Si on pince la

peau on a l'impression d'une soie fine entre les doigts.

La peau présente des plicatures, elle a été comparée à du papier à cigarettes froissé, à de la pelure d'oignon, à la peau d'une pomme cuite.

La surface de la peau est sèche, de même la sudation est absente ; ceci s'explique par l'atrophie et la disparition des glandes sébacées et sudoripares.

Les poils sont rares ou manquent complètement.

La palpation confirme et précise cette atrophie ; prise entre 2 doigts, la peau se laisse plisser avec la plus grande facilité et donne suivant la comparaison classique l'impression de peau de chamois, de papier buvard mouillé.

En même temps qu'elle est atrophiée, la peau est pâteuse et ce double caractère se retrouve dans la structure histologique.

On admet que l'affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et la majorité des cas publiés ont trait à des sujets adultes.

Le terme d'acrodermatite a été donné à cette affection parce que les extrémités des membres sont d'abord atteintes. En vérité, les extrémités du corps sont les doigts et les orteils, le nez, oreilles, mais non le dos de la main et le dos du pied, les articulations des doigts et des orteils sur leur face dorsale, le coude et le genou ; or c'est dans les régions que débute d'habitude la maladie. Comme le dit, Oppenheim, le terme d'acrodermatite est impropre : les véritables extrémités du corps (orteils, doigts, nez, oreilles) ne sont presque jamais atteintes.

Au niveau des lésions de dermatite chronique atrophiante la formation de la chair de poule *cutis auserina* est impossible. Si on fait agir subitement le froid sur la peau atrophiée on n'observe aucune réaction de celle-ci. Ceci s'explique par la disparition et l'atrophie des muscles érecteurs des poils.

La peau reste sèche malgré une température ambiante élevée et même une injection de pilocarpine ne provoque pas la sudation.

Les ongles restent le plus souvent intacts.

Des varices s'observent au cours de la dermatite chronique atrophiante.

Associations et complications.

Nous ne pouvons les citer toutes.

Malgré l'érythème ou des infiltrations inflammatoires, la surface cutanée peut rester normale ou présenter une desquamation furfuracée ou lamelleuse, peut présenter des nodules.

La peau peut présenter, en outre, des vésicules, des croûtes, ou suinter.

Association à la sclérodermie.

On observe parfois associées à des lésions de dermatite chronique des lésions de sclérodermie. Par opposition à la peau plicaturée et rouge bleuâtre de la région atrophiée, la peau du voisinage, scléroder-

mique, est tendue, se plie difficilement et présente une coloration blanc jaunâtre.

Une observation intéressante a été publiée par MM. Gougerot et Eliascheff à la Société de Dermatologie, juillet 1932, démontrant l'association de ces deux lésions.

Elle concerne une Française qui n'a jamais quitté sa Normandie ; ceci avec d'autres observations que je citerai démontre que la dermatite chronique n'est pas une maladie régionale s'observant seulement dans l'est de la France mais sur tout le territoire, en Normandie, Bretagne, Auvergne.

OBSERVATION I

Malade n° 114.571, âgée de 57 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Rien d'anormal.

Histoire de la maladie : En 1924, la lésion qui se bornait jusqu'à cette époque à une simple desquamation au niveau du gros orteil gauche commençait à progresser en envahissant la jambe gauche, puis le membre supérieur droit.

Etat actuel de la lésion (juin 1933) : Aux cuisses, on observe des lésions débutantes non encore atrophiques, au pied des lésions finissantes atrophiques avec un état sclérodermique associé. Les lésions s'étendent depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse. La peau de l'aîne très amincie laisse voir par transparence un lacis veineux superficiel et entre ces lacis de très nombreuses télangiéc-

tasies. Sur les saillies osseuses, aux chevilles, la peau est plus tendue, plus amincie qu'ailleurs. Sur la face antérieure de la cuisse, à 5 cm. au-dessus du bord supérieur de la rotule, il existe un état sclérodermique des téguments ; la palpation donne une sensation d'induration diffuse.

Aux membres supérieurs, seul est atteint le coude droit qui présente le même aspect érythémateux que les cuisses et de l'infiltration. On sent sur l'olécrane un noyau dur de la taille d'un noyau de cerise.

L'état général est parfait. Elle n'est plus réglée depuis 1927 et c'est surtout depuis cette date que les lésions se sont étendues.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative : Hecht, Demoulières, Kahn —.

Le dosage de la calcémie : 118 mgr., chiffre nettement supérieur à la normale.

Localisations.

La localisation la plus fréquente est au niveau des membres inférieurs.

Par ordre de fréquence viennent ensuite les membres supérieurs, le tronc, la face, les organes génitaux et le cuir chevelu.

Si les membres inférieurs sont pris en totalité, la limite supérieure des altérations de la peau se trouve au niveau du pli inguinal en avant ; les lésions suivent ensuite parallèlement l'arcade de Fallope,

passent dans le pli génito-crural et s'étendent en arrière jusqu'à la crête iliaque.

La dermatite chronique n'est pas une maladie professionnelle, car toutes les activités humaines y sont représentées ; cependant on ne peut pas nier une certaine action chez les individus travaillant avec les mains dans l'eau ou dans d'autres conditions d'irritation de la peau.

Durée de la maladie.

Certains cas ne datent que de 2, 3 ou 4 ans ; d'autres 7, 10, 12 ans. Certains évoluent depuis vingt à trente ans, donc un caractère essentiel de cette affection est sa longue durée, sa chronicité.

Les cas français de dermatite chronique atrophiante.

I. NOMBRE DES CAS.

Soixante-dix ont été publiés en France. Deux tiers concernent des sujets français d'origine alsacienne.

II. AGE ET SEXE.

La dermatite chronique est une affection de l'âge adulte. Elle se rencontre surtout entre 30 et 60 ans.

Age	Hommes	Femmes	Totalité des cas
—	—	—	—
0-10 ans	—	—	—
10-20 —	—	—	—
20-30 —	1	—	1
30-40 —	1	3	4
40-50 —	1	5	6
50-60 —	—	7	7
60-70 —	2	2	4
70-80 —	1	—	1

Cette statistique a été retirée des publications faites en France par MM. Gougerot, Pautrier, Paul Chevallier, Mlle Uhlmo.

Les femmes sont plus atteintes que les hommes. Sur 23 cas on observe 6 hommes et 17 femmes.

Cette statistique peut être comparée à celle de Finger-Oppenheim publiée dans le traité de Jadasohn.

Age	Hommes	Femmes	Totalité des cas
—	—	—	—
0-10 ans	—	—	—
10-20 —	1	3	4
20-30 —	4	5	9
30-40 —	4	4	8
40-50 —	6	8	14
50-60 —	6	7	13
60-70 —	3	9	12
70-80 —	—	2	2

Professions.

Cas publiés par MM. Gougerot, Blum, Pautrier, Paul Chevallier, Mlle Uhlmo :

Femme de ménage.....	4	Curé	1
Profession inconnue.....	5	Clochard.....	1
Ménagère	1	Infirmière.....	1
Bonne.....	3	Institutrice.....	1
Militaire.....	1	Ouvrier.....	2
Cuisinière.....	1	Garçon de restaurant.....	1
Cultivateur.....	1	Journalier.....	2

On voit que les professions manuelles sont plus nombreuses que les intellectuelles.

<i>Pays d'origine des cas français.</i>	<i>Pays d'habitation des cas français.</i>
Normandie.	Normandie.
Bretagne.	Paris.
Puy-de-Dôme.	Puy-de-Dôme
Bordeaux.	Bordeaux.
Rennes.	Rennes
Rennes.	Rennes.
Auvergne.	Auvergne.
Tchécoslovaquie.	Auvergne.
Pologne.	Paris.
Mulhouse.	St-Denis, près Paris.
Moselle	Paris.
Strasbourg.	Strasbourg.

La dermatite chronique, qui est très répandue en Europe centrale, est relativement rare en France. Les $\frac{2}{3}$ des sujets français sont d'origine alsacienne, cependant il y a quelques observations de cas autochtones qui n'ont jamais quitté leur pays natal ou qui se sont déplacés jusqu'à Paris, ne dépassant pas cette limite. Je citerai les observations publiées concernant des cas purs non importés de l'Est.

OBSERVATION II

(Publiée par MM. Paul Chevallier, Civatte,
Société de dermatologie, novembre 1935).

Dest... Jeanne, 57 ans, est hospitalisée le 16 octobre 1935 pour un érythème qui a commencé il y a trois ans ; les lésions occupent le côté droit de l'abdomen, le flanc droit et les membres inférieurs ; elles ne sont ni douloureuses, ni prurigineuses.

La peau est un peu pâteuse aux jambes, surtout faces externes et aux chevilles, ailleurs amincie, surtout aux cuisses, laissant transparaître le réseau veineux.

Elle est dépourvue de poils, sèche, brillante et un peu squameuse ; au toucher la peau manque d'élasticité et garde les plis.

Au toucher, la plaque abdominale montre un empatement élastique, c'est bien la consistance pâteuse, comparée à celle de la peau de chamois mouillée. Les veines sous-cutanées abdominales se dessinent en gros rubans bleus.

La malade est de race bretonne et n'a jamais dépassé Paris.

Antécédents personnels : Rien à signaler Elle nous dit que son mari décédé de tuberculose était syphilitique. Wassermann négatif ; Calmette négatif ; Kahn douteux ; Meinicke faiblement positif.

Sang normal, sauf légère lymphocytose, hypertension modérée (20-12) au Pachon : abolition du réflexe achilléen droit.

L'existence d'une syphilis larvée chez la malade pose la question de l'origine syphilitique de la dermatite atrophiante, défendue en France par Aubry et Chatellier.

M. Chevallier pense plus volontiers à une coïncidence.

M. Griveaud a publié un cas d'érythromélie, Société de Dermatologie, 1930, page 24 ; il s'agit d'une femme âgée de 55 ans, née dans le département du Puy-de-Dôme qu'elle a toujours habité, de parents auvergnats.

OBSERVATION III

Mlle D..., 55 ans. Examen somatique, rien de particulier. Les lésions cutanées ont fait leur apparition vers l'âge de 20 ans.

Mains, nez, jambes présentent la peau en « pelure d'oignon ». Le processus sclérodermique accompagne par endroits les lésions d'atrophie ; la malade a l'impression en se grattant d'arracher des grains de sable.

Wassermann, Hecht et Meinicke faiblement positifs. La biopsie n'a pas été faite. On a institué le traitement anti-syphilitique qui s'est montré inefficace.

Un autre cas concernant un Breton a été publié par MM. Marcel Pinard, Rabut et Gautier à la Société de Dermatologie, 1929, p. 755.

OBSERVATION IV

M. L..., garçon de restaurant, 64 ans, présente des lésions depuis 1911 ; membres inférieurs sont atteints depuis la semelle plantaire jusqu'au pli de l'aîne : métabolisme basal 40 % ; hérédosyphilitique.

Un seul cas a été observé à Bordeaux depuis 23 ans ; publié par MM. Petges, Lecoulant et Mougneau à la Société de Dermatologie, 1929.

OBSERVATION V

Cl... Marie, 70 ans, cuisinière, présente le bas de l'abdomen, les fesses, cuisses, jambes atteintes par la dermatite chronique atrophiante. La peau rappelle le papier de soie froissé, le réseau veineux est apparent. Wassermann — ; cutiréaction à la tuberculine négative.

M. Massot (de Rennes) a publié 2 cas à la Société de Dermatologie concernant des bretons.

OBSERVATION VI

Malade âgé de 56 ans, présente sur les membres supérieurs et inférieurs la peau très amincie qui laisse transparaître le réseau veineux ; on la plisse avec grande facilité, les plis restant marqués pendant une demi-minute.

Dans les régions respectées par l'atrophie, c'est-à-dire à la moitié interne des 4 membres ainsi que sur la face anté-

rieure du thorax, on remarque de nombreuses papules pigmentées et télangiectasiques de la grosseur d'une lentille qui s'effacent par vitropression.

Wassermann —.

Cinq cas autochtones de la maladie de Pick-Herxheimer ont été publiés par M. Griveaud (Société de Dermatologie, 1933, p. 1603).

Ces cas ont été observés en Auvergne et présentés à la Réunion lyonnaise de novembre 1929.

Les membres inférieurs étaient seuls atteints et présentaient l'association fréquente de dermatite chronique atrophiante et de sclérodermie ; de nombreuses ulcérations existaient sur les zones scléreuses ; deux de ces ulcérations se mirent à bourgeonner et à la biopsie on trouva des épithéliomas spino-cellulaires ; on s'est décidé à l'amputation de la cuisse droite. La malade vient de mourir d'un cancer probable de l'estomac.

Le 2^e cas concerne un vieux clochard ; les téguments du membre inférieur sont en pelure d'oignon violacé et on observe le lacis veineux caractéristique ; son affection a progressé lentement pendant vingt ans et ne lui a apporté aucune gêne ; âgé de 50 ans, mais ne présente aucun déséquilibre général endocrinien.

Le 3^e malade fut réformé pendant la guerre pour psoriasis et atrophie cutanée des faces d'extension des membres supérieurs ; il présente actuellement au niveau des quatre membres les lésions classiques : rougeur violacée, lacis veineux, mais l'atrophie est beau-

coup plus accentuée du côté gauche, bras et jambes ;

Ces trois malades sont des Auvergnats de race très pure qui n'ont jamais quitté leur province ; leurs parents, grands-parents sont morts dans le village où ils sont nés.

En dehors de ces cas cités, la plupart des publications faites en France concernent des sujets d'origine alsacienne.

OBSERVATION VII

Malade, 36 ans, Wassermann négatif ; règles irrégulières espacées de 3 à 6 mois ; depuis 16 ans le pied droit a été plus bleuté que le reste des téguments (début date donc de 20 ans).

Actuellement, toute la jambe droite est prise, peau amincie, rouge violacé, et laisse transparaître avec beaucoup de détails le réseau veineux ; vers le genou la peau se laisse facilement plisser en tout petits plis comme du papier à cigarettes ; au-dessus du genou la peau reprend son aspect normal.

Cette observation est intéressante, car elle démontre que dans beaucoup de dermatites chroniques atrophiantes, on peut attribuer un rôle dans l'étiologie aux troubles endocriniens et en particulier aux troubles de la sécrétion ovarienne chez la femme.

Une autre observation publiée par Mlle Alice Ulhmo à la Société de Dermatologie, 1933, est aussi en faveur de l'étiologie endocrinienne de la dermatite chronique atrophiante.

OBSERVATION VIII

Religieuse, sœur Anne, institutrice, 47 ans.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler ; réglée à 18 ans ; depuis deux ans présente des singularités des règles. Vient consulter parce que depuis un an s'est installée une coloration violette de sa main droite, un engourdissement de celle-ci, ce qui la gêne pour écrire à la table noire.

Avant-bras complètement indemne, mais le sommet du coude est le siège d'un petit placard violet de grandeur d'une pièce de 5 francs, très infiltré et très dur ; le bras gauche et les 2 jambes sont absolument indemnes ; à l'occasion des piqûres intramusculaires d'olobintus, on a pu constater que la peau des 2 fesses présente une coloration rouge violacé et un très léger réseau veineux visible par transparence, mais le stade atrophique avec peau fine et ridée n'a pas été trouvé, étant donné qu'il s'agit d'une maladie de Pick-Herxheimer au début.

A l'appui de la théorie endocrinienne de la maladie de Pick-Herxheimer, est aussi le cas publié par MM. Gougerot et Blum, Société de Dermatologie, 1933, page 259, découvert par P. Blum à l'hôpital Saint-Denis. M. Gougerot a essayé dans ce cas la fermentothérapie sous forme d'extrait pancréatique à la fois par voie buccale et par voie sous-cutanée à l'exemple de Sellei dans la sclérodermie.

OBSERVATION IX

Malade âgée de 59 ans, ménagère, habite Saint-Denis, mais originaire de Mulhouse ; vient consulter pour des fourmillements dans les extrémités qui ont débuté en 1925 ; des grands placards de cyanose se montrent fréquemment aux jambes, aux genoux, aux cuisses, puis la cyanose gagne la face, le nez et les pommettes, s'exagérant au froid et sous l'influence du vent. Les membres supérieurs n'ont été pris que 6 mois après.

Etat actuel des lésions : A l'érythrocyanose se mélangent des signes cliniques d'atrophie cutanée ; avant-bras et mains bleuâtres devenant presque bleu noir sous l'influence du froid ; occupe tout le dos des 2 mains depuis la racine des doigts et se prolonge en haut sur la face dorsale des poignets ; les doigts sont donc indemnes, à l'inverse de ce qui se voit dans l'acrocyanose ; cette cyanose envahit mains et avant-bras, nez, pommettes, cuisses, genoux, jambes et dos du pied ; aux pommettes on note de petites varicosités de télangiectasie ; l'atrophie cutanée est très nette au dos des mains et aux coudes, peau amincie en pelure d'oignon et laissant voir par transparence de nombreuses arborisations vasculaires. La malade se plaint de vives douleurs.

Troubles endocriniens peu marqués.

Hypothyroïdie probable, hyperesthésie au froid ; légère alopecie de la queue du sourcil, apathie, somnolence, céphalée, névralgies, corps thyroïde petit à la palpation.

L'hypophyse paraît normale cliniquement et radiologiquement.

Surrénale nettement insuffisante : la malade se plaint de fatiguabilité, la tension est de 10-7 au Vaquez ; ovaire fonctionnait normalement, les règles étant normales.

Les premiers troubles ont commencé avec la ménopause qui a débuté à 53 ans ; l'état général n'est pas mauvais ; cependant, la malade présente des signes d'imprégnation bacillaire ; a eu une bronchite séreuse à l'âge de 27 ans ; une pleurésie à 33 ans et elle a eu des hémoptysies à plusieurs reprises entre 28 et 33 ans ; à la radio, on a trouvé à cette époque une lésion du sommet droit actuellement cicatrisée. L'intradermoréaction à la tuberculine est franchement positive, papule indurée de 15 mm. de diamètre avec une aréole inflammatoire de 10 mm. Pas de Σ ni hérédo-syphilis ; Wassermann-Bordet négatif ; cependant cette malade a eu 6 grossesses, dont 3 fausses couches produites spontanément ; la malade est soumise à l'opothérapie pancréatique ; elle reçoit en injection une ampoule équivalant à 0 gr. 25 de pancréas frais ; en même temps, elle absorbe 0 gr. 46 d'extrait pancréatique ; sous l'influence de cette médication continuée pendant assez longtemps les signes s'atténuent ; amélioration des troubles subjectifs ; céphalée, algies des membres, la malade qui ne pouvait plus coudre ni travailler peut reprendre une aiguille et se livrer à des occupations de ménage ; on observe aussi une légère atténuation des troubles acrocyanotiques des membres.

Cette observation publiée par M. Gougerot est très intéressante et permet d'en tirer certaines conclusions sur l'étiologie et la thérapeutique de cette affec-

tion par l'opothérapie ; ce qui est encore à remarquer c'est la coexistence chez la même malade de bacillose et de dermatite atrophiante chronique.

Un cas publié par MM. L. M. Pautrier et Zom présente un certain intérêt, car il concerne un jeune homme de 21 ans chose habituellement rare dans cette affection (Société de Dermatologie, 1933).

OBSERVATION X

Jeune militaire, 21 ans, originaire de Moselle. C'est un stade initial de la maladie, localisé pour le moment à un seul membre et caractérisé par un érythème particulier parcouru par un réseau de veines superficielles.

Les lésions s'étendent des fesses jusqu'au niveau des pieds ; la teinte rouge violacée est maximum au niveau de crêtes osseuses, malléoles internes et externes et articulation du genou ; thyroïde normale, Wassermann — de même Hecht —, Vernes —, Kahn —.

Un autre cas publié par MM. Pautrier et Weill (Société de Dermatologie, 1933) a ceci de caractéristique que la malade est une syphilitique et que la teinte érythémato-violacée de la dermatite chronique atrophiante est remplacée par une pigmentation brunâtre ; toute la jambe et la moitié inférieure de la cuisse droite sont le siège d'éléphantiasis.

Une forme intéressante a été communiquée par M. Pautrier (Strasbourg). Dermatite chronique atrophiante généralisée à la quasi-totalité des téguments,

sauf face, mains et pieds, et ayant succédé à la sclérodermie avec concrétions fibreuses sous-cutanées compliquées d'épithélioma spino-cellulaire développée sur une ulcération de la malléole ; cette forme présente encore ceci de particulier que les extrémités des membres, qui dans la plupart des cas sont toujours prises, sont chez ce malade les seules parties indemnes avec la face ; et hors ces régions tous les téguments du corps sont envahis, cou, nuque, poitrine, abdomen, membres supérieurs et inférieurs ; la peau est cependant respectée sur le pubis et les organes génitaux. C'est un cultivateur. Calcémie : 0,092 ; B.-W. — ; Vernes : 0 ; Kahn : — ; métabolisme basal : normal.

M. Pautrier avec ce cas soutient la thèse de la réversibilité possible de sclérodermie et dermatite atrophiante chronique.

MM. Gougerot, André Dreyfus et Steinberg ont publié un cas de acrodermatite de Pick-Herxheimer débutante (Société de Dermatologie, 1934, p. 1535).

OBSERVATION XI

Malade n° 110.379, Polonaise, 43 ans, a subi antérieurement l'ablation des ovaires pour pyosalpinx et, en 1927, une opération pour goitre. En 1930, la malade note un placard rouge violacé dans la région sus-malléolaire interne gauche accompagné de douleurs à la pression. En 1931, toute la jambe gauche est atteinte, puis le genou gauche, le poignet gauche, le cou-de-pied droit. Elle pré-

sente en même temps une nodosité calcaire rétro-olécraniennne.

Une publication de MM. Wolf, Israël et J. Boy est en faveur du rôle possible de l'hypophyse dans la pathogénie de Pick-Herxheimer.

OBSERVATION XII

Infirmière, 43 ans, célibataire, a présenté à 9 ans un placard rouge à la face interne du tibia droit, à 13 ans toute la jambe a été atteinte, à 23 ans l'autre jambe.

Examens spéciaux : Thyroïde ne semble pas hypertrophiée ; quelques palpitations, tremblement léger des mains, quelques bouffées de chaleur, enflure des mains le matin au réveil.

Métabolisme basal +, 22 % ; après 15 jours de repos 6 %.

Parathyroïde : Pas de contracture ni crampes ; marche précoce à 11 mois ; les dents à 24 mois. Surrénale : elle se plaint de fatigabilité, mais la force musculaire est conservée, pas de pigmentation. T. A. : normale.

Hypophyse : Taille normale, pas d'acromégalie bien que les extrémités soient un peu grandes.

Ovaires : Règles apparues à 13 ans, étaient tout à fait irrégulières, duraient 2 à 3 jours, douloureuses, peu abondantes, puis pendant 1 à 2 ans de l'aménorrhée complète suivie d'une phase réglée.

B. W. : —.

OBSERVATION XIII

Femme, 50 ans, mère de 3 enfants, dont deux bien portants et un mort en bas âge ;

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 20 ans ; réglée à 19 ans toujours régulièrement toutes les quatre semaines jusqu'à la ménopause à l'âge de 40 ans ; les lésions ont débuté au mollet droit il y a 4 ans ; à la jambe gauche il y a 2 ans ; et puis s'étendent lentement et progressivement.

Examen somatique : Rien de particulier, sauf légère myocardite avec légère augmentation de volume du cœur.

Examens spéciaux : Thyroïde cliniquement et radiologiquement légèrement augmentée de volume. Tremblement léger des mains, regard un peu fixe et brillant, pas de tachycardie. Métabolisme basal + 17 % sans variation notable à des examens ultérieurs.

Parathyroïde : Pas de crampes, ni de secousses ; pas de trace de rachitisme ancien.

Surrénale : Pas de pigmentation, pas de fatigabilité exagérée, forces musculaires en rapport avec l'âge et la constitution. T. A. : 11-7,5 puis après repos et traitement cardiaque ; 12-9 et 15-10.

Hypophyse : Taille normale, tissu adipeux normal.

Ovaire : 3 grossesses normales ; pas d'anomalie des règles.

Examens spéciaux : Réaction à la thyroïdostimuline préhypophysaire de Max Aron : réaction extrêmement intense ; fort excès d'hormone hypophysaire ; le trouble

thyroïdien paraissait en rapport avec le trouble hypophysaire. B.-W. négatif ; urée 0 gr. 28 ; acide urique 0,024 ; sang ; globules blancs 8,200, dont poly 50, mono 20, lympho 29 ; éosinophiles 1 ; hématies 5.080.000. Courbe de l'hyperglycémie provoquée : ascension rapide, atteint 1 gr. 08 ‰ ; au début 1 gr. 76 ‰ en 30 minutes et redescend en 3 heures à 0 gr. 76 ‰.

Examen vasculaire : Indice oscillatoire : membre inférieur gauche 3,7 ; à droite 4. T. A. : 11-7,5 ; 12,5-9 ; 15,5-10 en rapport avec le repos et le traitement cardiaque ; B.-W. négatif ; cependant ancienne kératite parenchymateuse avec astigmatisme myopique très fort.

Types cliniques de la maladie en France.

a) La forme la plus fréquemment rencontrée est *celle localisée aux membres inférieurs* ; la localisation initiale se fait surtout au niveau des saillies osseuses : les deux malléoles, la rotule, la face dorsale des orteils ; parfois un seul membre est atteint mais le deuxième est envahi plus tard ; les cuisses sont envahies également et parfois on y observe encore des concrétions calcaires qui donnent au toucher la sensation des grains de plomb enchassés dans la peau.

b) Un deuxième type clinique est caractérisé par l'envahissement des membres supérieurs et inférieurs ; les membres supérieurs peuvent être pris en totalité ou seulement au niveau des poignets et du coude.

Les lésions de la peau des membres peuvent par-

fois être associées à celle du thorax et de l'abdomen, de même que la peau des fesses.

Une forme très rare, c'est la forme thoraco-abdominale les lésions d'atrophie siégeant sur le cou, le thorax, l'abdomen, le dos du malade, tandis que les membres sont indemnes. Dans certaines observations on note l'atteinte de la face.

Parfois à ces lésions d'atrophie s'associent des lésions de sclérodermie et sur cette peau tendue naissent facilement des ulcérations aux moindres contusions, et le cas n'est pas rare de voir des épithéliomas cutanés spinocellulaires se développer sur ces ulcérations, qui ont nécessité parfois l'amputation d'un membre,

Histologie de la dermatite chronique atrophiante. Il faut distinguer 3 stades :

- 1^o Stade de l'inflammation sans atrophie ;
- 2^o Stade de l'atrophie avec encore la persistance des phénomènes inflammatoires ;
- 3^o Stade où il y a de l'inflammation avec réaction de dégénérescence et de l'hypertrophie.

Le stade inflammatoire débute au niveau des papilles, dont les vaisseaux se dilatent, laissent transsuder du sérum ; en même temps il y a une infiltration de cellules rondes. La couche cornée est généralement un peu épaissie.

Bientôt apparaissent des plasmocytes qui enveloppent les glandes sébacées et sudoripares. Les fibres élastiques disparaissent au niveau des infiltrations.

Le tissu graisseux sous-cutané disparaît. Poils, glandes sébacées et sudoripares manquent ou sont rares, atrophifiées. Les vaisseaux et surtout les veines sont dilatées.

Etiologie.

Dans beaucoup de cas on trouve à l'origine de la dermatite chronique atrophiante des gelures et les professions dont les titulaires sont exposés à de grandes variations de température sont assez représentées, exemple : cuisinières, blanchisseuses. Parfois un traumatisme a été le point de départ d'un Pick-Herxheimer.

D'autres auteurs considèrent cette affection comme une tropho-névrose ou une angio-névrose, mais on peut répondre que dans la plupart des cas il n'existe pas dans cette affection des troubles de la sensibilité, ni de paralysies.

Une théorie beaucoup plus soutenue est celle qui considère l'atrophie cutanée comme dépendant de l'état génital de la femme, étant donné la prépondérance de l'affection chez les femmes. Il existe beaucoup de cas où l'affection débute pendant la ménopause ou à la suite d'une opération des annexes utérins.

Actuellement, on pense plutôt à un trouble des glandes à sécrétion interne en général dans la pathogénie de la maladie.

Cette théorie semble se confirmer, car M. Gougerot

a obtenu des résultats en cas de Pick-Herxheimer avec la fermentothérapie pancréatique en ingestion et en injection. Dans certaines observations, on a remarqué chez des malades la syphilis et la dermatite atrophiante, ce qui a fait penser à l'origine syphilitique de la maladie ; mais ces observations sont rares, la plupart présentant des signes sérologiques négatifs et d'ailleurs le traitement spécifique n'amène aucune amélioration.

MM. Wolf et Pautrier ont pensé à l'influence probable de l'hypophyse dans la pathogénie de la maladie et dans certains cas, à la radiographie de la selle turcique, on a remarqué l'augmentation de volume de l'hypophyse.

Parfois on trouve une insuffisance des glandes surrénales caractérisée par la pigmentation, fatigabilité et perte de la force musculaire.

M. Pautrier incrimine la glande thyroïde, mais cette opinion est combattue par Jadassohn, qui prétend n'avoir jamais rencontré la dermatite chronique atrophiante à Berne, où les goitres se trouvent en grand nombre ; et par contre à Breslau où le goitre n'existe presque pas, le nombre de Pick-Herxheimer est considérable.

M. Aubry considère comme seul facteur étiologique la syphilis qui, par des troubles endocriniens et angio-neurotiques, serait le point de départ de la dermatite chronique atrophiante.

Mais MM. Pautrier et Smilovici sont d'avis contraire, affirmant que dans leurs nombreux cas observés ils

n'ont jamais rencontré la syphilis, ni dans les antécédents, ni cliniquement, ni sérologiquement, et en apportant encore l'argument que si la syphilis était la cause du Pick-Herxheimer la maladie devrait être aussi fréquente en France qu'en Allemagne, ce qui n'est pas le cas, l'affection étant beaucoup plus rare en France.

Jaffé croit à une théorie tuberculeuse de l'acrodermie, le bacille de Koch provoquant une insuffisance pluriglandulaire qui est à l'origine de la maladie.

La théorie d'Oppenheim relative à la dermatite chronique atrophiante est originale : cet auteur voit dans la diminution de résistance congénitale (faiblesse congénitale) la cause du Pick-Herxheimer.

Cette faiblesse du tissu élastique peut se manifester immédiatement à la naissance par des *nævi* et de l'atrophie ou beaucoup plus tard sous l'influence de divers traumatismes ou de troubles de nature chimique, physique, infectieuse. Oppenheim explique cette faiblesse congénitale du tissu élastique par la théorie de la pression de Unna, relative à la formation des *naevi*. Les localisations de la dermatite chronique atrophiante plaident pour une pression intra-utérine.

En effet, en supposant une position normale du fœtus, dans l'utérus, les parties sur lesquelles s'exercent la pression sont : le sommet, le front, le coude, la partie d'extension du bras, la hanche, les fesses ; comme le fœtus est en flexion maximum, la peau dans ces régions est extrêmement tendue. Il se peut

donc que la pression de la paroi utérine puisse à elle seule exercer une action nocive sur les fibres élastiques. Cette action peut être naturellement accrue par la petitesse de l'utérus : oligamnios, bassin rétréci.

Traitement.

Un traitement vraiment efficace contre la dermatite chronique atrophiante n'existe pas jusqu'à présent. Le grand nombre de médications employées démontre leur inefficacité.

Au stade de début on peut obtenir des améliorations par la physiothérapie. Massage, bains chauds, galvanisation, rayons ultra-violets, diathermie, air chaud, congestion passive de la région.

Comme pommades on a recommandé la chrysoline à 20 % ou une pommade à base de nitrite d'amyle à 5 %.

Il faut lutter contre la sécheresse de la peau atrophiée par des bains fréquents et, en l'absence des glandes sébacées, il faut frictionner la peau assez fréquemment avec des pommades indifférentes.

Comme médicaments internes, il faut citer au premier rang les préparations retirées des glandes à sécrétion interne : les préparations de thyroïde, d'hypophyse, de pancréas, de thymus. Société de Dermatologie, 1934, M. Gougerot a publié un cas de Pick-Herxheimer amélioré par l'opothérapie pancréatique.

OBSERVATION XIV

Espagnol, naturalisé français. B.-V. — ; il alla au Tonkin où il contracta du paludisme.

Les lésions du membre inférieur apparaissent en novembre 1931 au cou-de-pied gauche ; la peau est le siège de prurit et prend un aspect violacé jaunâtre. Les lésions progressent lentement vers l'atrophie et remontent vers le genou et puis à la cuisse ; le malade fut traité par l'opothérapie pancréatique. Il reçut 40 injections de « pancréine » Byla, en même temps qu'il absorbait par voie buccale de la pancréine.

Revu en octobre 1934, le malade est assez amélioré ; l'atrophie cutanée persiste, mais la teinte violacée est en partie disparue.

MM. Blamoutier et Bloch ont obtenu des améliorations avec l'opothérapie pluri-glandulaire. Avec l'extrait du lobe post-hypophysaire, la surrénale et le corps thyroïde, ils ont obtenu un bon résultat en quatre mois chez une jeune fille de 24 ans.

Parmi les autres médicaments on recommande l'arsenic, le fer.

Certains auteurs ont obtenu des améliorations avec du bismuth.

Le traitement antiseptique peut être également essayé.

Conclusions.

1^o La dermatite chronique atrophiante est relativement rare en France ;

2^o Deux tiers des sujets français sont d'origine alsacienne, le reste se répartit sur les diverses provinces françaises : Bretagne (3 cas), Auvergne, Normandie, région de Bordeaux, etc. ;

3^o C'est une affection chronique qui évolue lentement, mais irrémédiablement ;

4^o La santé générale n'est pas atteinte, le pronostic *quod vitam* est bénin et la peau atrophiée n'est pas plus exposée que la peau normale aux infections locales.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
H. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

1690. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1936
